

## FORMULIR PENDAFTARAN SCHOOL OF UNIVERSE

TAHUN PELAJARAN

 - 

NOMOR FORMULIR

**A. IDENTITAS SISWA**

KELAS :

1. NAMA LENGKAP :   
 (SESUAI DENGAN AKTE KELAHIRAN)
2. NAMA PANGGILAN :
3. TEMPAT / TANGGAL LAHIR :
4. JENIS KELAMIN :  LAKI-LAKI  PEREMPUAN
5. AGAMA :
6. KEWARGANEGARAAN :
7. ANAK KE :  STATUS DALAM KELUARGA :
8. JUMLAH SAUDARA  
 A. KANDUNG : KAKAK  ADIK  C. ANGKAT : KAKAK  ADIK   
 B. TIRI : KAKAK  ADIK
9. BAHASA SEHARI-HARI :
10. BERTEMPAT TINGGAL PADA :  ORANGTUA  MENUMPANG  KOST / KONTRAK
11. ALAMAT LENGKAP :   
 (Lengkapi Kelurahan & Kecamatan)  
 KOTA  KODE POS
12. TELEPON :  HANDPHONE

**B. ASAL MULA ANAK**

13. MASUK SEKOLAH INI SEBAGAI  KELAS 1 BARU  PINDAHAN (LANJUT KE NO. 16)
14. SEKOLAH SEBELUMNYA :   
 ALAMAT SEKOLAH :
15. TANGGAL & NOMOR IJAZAH :       NOMOR
16. NISN :
17. PINDAHAN DARI  
 A. NAMA SEKOLAH ASAL :   
 B. TANGGAL SURAT PINDAH :        
 C. DARI TINGKAT/KELAS :  TINGKAT
18. DITERIMA DI SEKOLAH INI  
 A. TANGGAL :        
 B. DI TINGKAT/KELAS :  TINGKAT

**C. KESEHATAN SISWA**

19. BERAT BADAN :     KG 20. TINGGI BADAN :     CM
21. GOLONGAN DARAH :  22. BERKACAMATA :  YA  TIDAK
23. MENGGUNAKAN ALAT BANTU DENGAR :  YA  TIDAK TELINGA :  KANAN  KIRI
24. ALERGI TERHADAP OBAT : \_\_\_\_\_
25. PENYAKIT YANG PERNAH DIDERITA : 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_
26. OPERASI YANG PERNAH DIJALANI : \_\_\_\_\_
27. MEMPUNYAI MASALAH PSIKOLOGI / ADD / ADHD :  YA  TIDAK (JELASKAN JIKA YA DAN MELAMPIRKAN HASIL OBSERVASI ATAU CATATAN KESEHATAN)
28. MEMPUNYAI ALERGI TERHADAP : \_\_\_\_\_
29. MEMPUNYAI SAKIT TURUNAN :  ASTHMA  DIABETES  LAINNYA \_\_\_\_\_
30. KEADAAN DARURAT YANG HARUS DIHUBUNGI SELAIN ORANGTUA :
- A. NAMA :
- B. TELEPON / HANDPHONE :
- C. HUBUNGAN DENGAN ANAK :
31. Informasi mengenai School of Universe didapat melalui :  Teman  Televisi/Radio  Internet  Yellow Pages  Koran  
 Brosur  Spanduk  Lainnya .....
- (Boleh pilih lebih dari satu)